

ANEXO C

D./Dá. _____, en
calidad _____ de
_____ del Centro Asistencial de Melilla para la Atención a Personas
mayores Residentes

CERTIFICA

Que la relación de residentes correspondiente al mes _____ del año 2026, son los siguientes:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	FECHA ALT A	FECHA BAJA	DIAS ESTANCIAS	CUANTI A DIA	COSTE PLAZA A REPERCUTIR (€)
1							
2							
3							
4							
5							
.../...							
Total usuarios							Importe total

Lo que certifico a los efectos deen Melilla a ____ de _____ de 2026

Sello y firma de la Entidad